



Asociación Urológica de
Centroamérica y el Caribe

Uretroplastía en el Hospital Calderón Guardia. Nuestra experiencia.

Urethroplasty at the Hospital Calderón Guardia. Our Experience.

Jeilan Martínez Hoed¹ y Osvaldo Murcia Quirós¹

¹ Hospital Calderón Guardia. San José. Costa Rica

RESUMEN

Objetivo: Revisar los primeros ocho casos de estenosis uretral manejados mediante uretroplastía en el Hospital Calderón Guardia.

Material y Método: Revisión de casos retrospectiva unicéntrica. Se tomaron las cirugías realizadas desde noviembre del 2018 hasta abril 2019. Se utilizaron variables preoperatorias, transoperatorias y posoperatorias.

Resultados: Se estudiaron 8 pacientes, edad media de 52 años. Cuatro debido a etiología traumática, 3 posterior a procedimientos endourológicos y 1 por liquen escleroso. Tiempos de espera para cirugía de 4.5 años y longitud de estenosis promedio 5.1cm. Se utilizaron diversas técnicas quirúrgicas para la resolución de los casos. Tiempo medio de cateterización 6 semanas. Un paciente presentó fuga del medio de contraste grado I.

Conclusiones: Revisamos y presentamos la realidad del paciente al cual debemos tratar con estenosis uretral.

.PALABRAS CLAVE

Uretroplastía. Estenosis uretral. Costa Rica. Hospital Calderón Guardia

ABSTRACT

Objective: To review the first eight cases of urethral stenosis managed by urethroplasty at the Calderón Guardia Hospital.

Material and Method: Revision of unicentric retrospective. Surgeries performed from November 2018 to April 2019. Preoperative, transoperative and postoperative variables were used.

Results: 8 patients with a mean age of 52 years. Four of them had traumatic etiology, 3 after endourological procedures and 1 due to lichen sclerosus. Waiting time for surgery was 4.5 years and average stenosis length 5.1cm. Various surgical techniques were used for the resolution of cases. Mean time of urethral catheter use was 6 weeks. One patient had leakage of contrast medium classified as grade I.

Conclusions: We review and present the reality of the patient to which we must treat with urethral stenosis.

KEYWORDS

Urethroplasty. Urethral stricture. Costa Rica. Hospital Calderón Guardia.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la uretroplastía representa un desafío para los urólogos, requiere de entrenamiento, experiencia y una curva de aprendizaje importante¹⁶.

Etiología más frecuente de estenosis uretral consiste en escenarios de trauma y/o idiopática¹⁷. Aunque en Costa Rica no existen estadísticas formuladas las causas traumáticas son las predominantes seguido por complicaciones posquirúrgicas.

La motivación principal que conduce este estudio es; poder crear una pauta acerca del manejo actualizado y correcto de las estenosis uretrales. Dejando a un lado conductas que conllevan al paciente a ser sometido a múltiples intervenciones quirúrgicas endoscópicas sin resolución.

El objetivo es revisar los primeros ocho casos de estenosis uretral manejados mediante uretroplastía en el Hospital Calderón Guardia para poder definir que estamos realizando y que se puede mejorar.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se diseñó de manera unicéntrica como revisión de casos retrospectivo, utilizando como población los primeros 8 pacientes que fueron sometidos a uretroplastía entre noviembre del 2018 y abril del 2019. Los datos fueron recolectados de los expedientes físicos que pertenecen al Hospital Calderón Guardia en el servicio de Urología. Se utilizaron variables preoperatorias, transoperatorias y posoperatorias.

Las variables preoperatorias incluyeron sexo, edad, etiología, tiempo de espera, hallazgos en uretrografía retrógrada y cistouretrografía miccional. Transoperatorio se determinó las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas y tiempo de cirugía. Posoperatorio tiempo de uso de catéter uretral, fistulas uretrales en uretrografía pericatóter, complicaciones y tiempo de seguimiento.

RESULTADOS

La población de sexo masculino, edades entre 36 y

77 años, promedio de 52 años. Como etiología un paciente presentaba estenosis de toda la uretra anterior debido a liquen escleroso. Tres pacientes sometidos previamente a procedimientos endourológicos: resección transuretral prostática, ureteroscopía y resección transuretral de vejiga. Cuatro pacientes secundario a trauma: accidente de tránsito (atropello), herida por arma de fuego, caída a horcadas y lesión iatrogénica por colocación inadecuada de sonda uretral.

Tiempo de espera para cirugía entre 3 y 10 años, promedio 4.5 años. Uretrografía retrógrada y cistouretrógrafía documentaron estenosis de uretra anterior con longitudes entre 2 y 13 cm, promedio 5.1 cm.

Tiempos quirúrgicos entre 3 y 5 horas, promedio de 4 horas. Se emplearon diversas técnicas quirúrgicas para la resolución de los casos incluyendo ASOPA¹ con injerto de mucosa oral² en cinco pacientes, ASOPA + McAninch³ con injerto de mucosa oral en dos pacientes y uretroplastia tipo Kulkarni⁴ en un paciente.

Tiempo de uso catéter uretral de 4 a 8 semanas, promedio 6 semanas. Solo un paciente presentó fuga grado I y los dos últimos pacientes todavía no se han realizado la uretrografía control. Tiempos de seguimiento oscilan desde los más recientes de 2 semanas hasta 5 meses para el primer paciente operado.

DISCUSIÓN

En 1996 Morey y McAninch⁵, describieron la técnica por completo para poder lograr reconstrucciones uretrales en una etapa. Actualmente, considerada el estándar de oro para manejo de estenosis de uretra peneana y bulbar⁶, alejándose de lo inicialmente propuesto por Bengt Johanson⁷.

Según la etiología, se obtuvo que el 28.5% de las estenosis ocurrieron por manejo inadecuado de la uretra durante procedimientos endourológicos, comparado con el 2.2 a 9.8% de incidencia⁸ en series recientes denota un manejo inadecuado de la uretra.

Espera óptima para el procedimiento quirúrgico no debe exceder 43 días, si presentan catéter deben ser priorizados, ya que 16% de estos presentarán una complicación mientras esperan el procedimiento⁹. Si el periné es blando al tacto rectal, paciente se puede colocar en posición de litotomía y las lesiones asociadas se encuentran resueltas o estables, se puede realizar uretroplastia en 6 semanas o menos. No se encontraron diferencias en cuanto a disfunción eréctil, incontinencia urinaria o falla de la reconstrucción comparado con pacientes en los que se realizó el procedimiento en más de 12 semanas¹⁰ posterior a un trauma.

Las estenosis uretrales largas de 5 cm o más, presentan mayor riesgo de recurrencia. Presentan la mayoría de las recurrencias a los 6 meses (75%)¹¹.

Varias series recientes sugieren acortar el tiempo de

cateterización hasta 8 días con uretrografía retrógrada pericatóter¹⁴. Diversos centros especializados persisten utilizando 3 semanas de duración ante la falta de estudios con adecuados niveles de evidencia al respecto.

Al documentar extravasación del medio de contraste se recomienda dejar una semana más de catéter o hasta que resuelva¹⁵. Clasificamos las fugas del medio de contraste en la uretrografía retrógrada pericatóter según lo propuesto por Erik T. Grossgold¹⁵.

No existe una técnica quirúrgica que pueda resolver todos los casos: se debe valorar individualmente cada paciente y no solamente tratar el sitio de estenosis uretral¹². Históricamente, se ha tratado a los pacientes según la “escalera de tratamiento” en la que se requieren varias uretrotomías internas previas para empezar a considerar la cirugía abierta, según descrito en un artículo del año 1990 en una revista costarricense¹³.

Actualmente, emergen nuevos profesionales que han comenzado a realizar uretroplastia de manera individualizada en aras de proveer una atención actualizada y resolver la problemática del paciente en menos tiempo. En la muestra observada se describen diferentes técnicas de reparación que posibilitan al especialista ser resolutivo y que se puede interpretar como los primeros pasos en una nueva era en la que los pacientes no están condenados a un catéter suprapúbico permanente.

CONCLUSIÓN

En este estudio documentamos y presentamos a la comunidad científica la realidad del paciente al cual tenemos que tratar con estenosis uretral y las diversas técnicas quirúrgicas que se están empleando en el HCG para su resolución. Solo se presentó una complicación, la misma con fácil resolución y se obtuvieron resultados satisfactorios en los primeros pasos dados tanto para el paciente como para el cirujano.

BIBLIOGRAFÍA

- Asopa HS, Garg M, Singhal GG y cols. Dorsal free graft urethroplasty for urethral stricture by ventral sagittal urethrostomy approach. *Urology*. 2001; 58: 657-659. [https://doi.org/10.1016/S0090-4295\(01\)01377-2](https://doi.org/10.1016/S0090-4295(01)01377-2)
- Schultheiss D, Gabowew A, Korneyev I. Letters to the Editor. *J Urol*. 2002; 168: 202-203. <https://doi.org/10.1097/00005392-200207000-00063> [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(05\)64879-3](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)64879-3)
- McAninch JW. Reconstruction of extensive urethral strictures: circular fasciocutaneous penile flap. *J Urol*. 1993; 149: 488-491. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(17\)36125-6](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(17)36125-6)
- Kulkarni SB, Kulkarni JS, Kirpekar DV. A new technique for urethroplasty for balanitis xerotica obliterans. *J Urol*. 2000; 163:352 (abstract V 31).
- Morey AF, McAninch JW. Technique of harvesting buccal mucosa for urethral reconstruction. *J Urol*. 1996;155: 1696-1697. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(01\)66167-6](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(01)66167-6)

6. Maxx A. Gallegos, Richard A. Santucci. Advances in urethral stricture management. PubMed (Internet). 2016 Dec 23 (citado 13 abril 2019) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5225410/>
7. Johanson B. Reconstruction of the male urethra in strictures. Acta Chirurgica Scandinavica. 1953; 176: 5.
8. Kulkarni SB, Joglekar O. Management of post TURP strictures. PubMed (Internet). 2018 sep. 28 (citado 13 abril 2019) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30267196>
9. Hoy NY, Chapman DW. Incidence and Predictors of Complications due to Urethral Stricture in Patients Awaiting Urethroplasty. J Urol. 2018 Mar;199(3):754-759.
<https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.08.113>
10. Kyle Scarberry, Jose Bonomo. Delayed Posterior Urethroplasty Following Pelvic Fracture Urethral Injury: Do We Have to Wait 3 Months? Urology, The Gold Journal (Internet). 2018 junio (citado 15 abril 2019) Disponible en: [https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295\(18\)30063-3/abstract](https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(18)30063-3/abstract)
11. Adam S. Kinnaird, Max A. Levine. Stricture length and etiology as preoperative independent predictors of recurrence after urethroplasty: A multivariate analysis of 604 urethroplasties. Can Urol Assoc J. 2014 May-Jun; 8(5-6): E296-E300.
<https://doi.org/10.5489/cuaj.1661>
12. Young Ju Lee, Soo Woong Kim. Current Management of Urethral Stricture. Korean J Urol. 2013 Sep; 54(9): 561-569.
<https://doi.org/10.4111/kju.2013.54.9.561>
13. Claudio Orlich, Fernando Montalto. Traumatismo de la uretra en los últimos diez años en el Hospital San Juan de Dios. Acta Médica Costarricense. Vol. 33; No 2;1990.
14. Poelaert F, Oosterlinck W. Duration of urethral catheterization after urethroplasty: how long is enough? Minerva Urol Nefrol. 2017 Aug;69(4):372-376.
<https://doi.org/10.23736/S0393-2249.16.02639-4>
15. Grossgold ET, Jairam R. Eswara. Routine Urethrography after Buccal Graft Bulbar Urethroplasty: The Impact of Initial Urethral Leak on Surgical Success. Urology. 2017 Jun;104:215-219.
<https://doi.org/10.1016/j.urology.2017.02.015>
16. Marco Spilotros, Sachin Malde. Describing the learning curve for bulbar urethroplasty. Transl Androl Urol. 2017 Dec; 6(6): 1132-1137.
<https://doi.org/10.21037/tau.2017.10.01>
17. Ann S. Fenton, Allen F. Morey. Anterior urethral strictures: Etiology and characteristics. Urology 2005; 65: 1055-8.
<https://doi.org/10.1016/j.urology.2004.12.018>

Copyright (c) 2019 Jeilan Martínez Hoed y Osvaldo Murcia Quirós.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumendelicencia](#) - [Textocompletodelalicencia](#)